

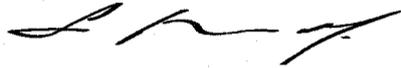
Gobierno de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS
Guaynabo, Puerto Rico

DEPARTAMENTO DE ESTADO

Número: 7787

Fecha: 5 de enero de 2010

Aprobado: Hon. Kenneth D. McClintock
Secretario de Estado



Por: Eduardo Arosemena Muñoz
Secretario Auxiliar de Servicios

REGLA NÚM. 92

NORMAS PARA IMPLANTAR LAS DISPOSICIONES RELACIONADAS CON EL
REQUISITO DE CAPITAL COMPUTADO EN FUNCIÓN DEL RIESGO

Gobierno de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS
Guaynabo, Puerto Rico

ÍNDICE

REGLA 92

NORMAS PARA IMPLANTAR LAS DISPOSICIONES RELACIONADAS CON
EL REQUISITO DE CAPITAL COMPUTADO EN FUNCIÓN DEL RIESGO

ARTÍCULO 1. - BASE LEGAL	1
ARTÍCULO 2. - PROPÓSITO	1
ARTÍCULO 3. - ALCANCE	1
ARTÍCULO 4. - DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	1
ARTÍCULO 5. - DISPOSICIÓN TRANSITORIA - CUMPLIMIENTO ESCALONADO CON EL REQUISITO DE RBC	2
ARTÍCULO 6. - DISPOSICIÓN TRANSITORIA - CUMPLIMIENTO ESCALONADO CON EL REQUISITO DE RBC ALTERNO.....	4
ARTÍCULO 7. - RESTRICCIONES AL PAGO DE DIVIDENDOS	5
ARTÍCULO 8. - ENTIDADES EXENTAS DEL CUMPLIMIENTO	5
ARTÍCULO 9. - AUTORIDAD DEL COMISIONADO DE SEGUROS.....	5
ARTÍCULO 10. - AUTORIDAD PARA EMITIR CARTAS NORMATIVAS	5
ARTÍCULO 11. - DECLARACIÓN DE INCONSTITUCIONALIDAD O ILEGALIDAD	6
ARTÍCULO 12. - VIGENCIA	6

Gobierno de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS DE PUERTO RICO
Guaynabo, Puerto Rico

REGLA 92

**NORMAS PARA IMPLANTAR LAS DISPOSICIONES RELACIONADAS CON EL
REQUISITO DE CAPITAL COMPUTADO EN FUNCIÓN DEL RIESGO**

ARTÍCULO 1. BASE LEGAL

La Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico adopta la Regla Núm. 92 del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico, de conformidad con la autoridad que le confieren las disposiciones de los Artículos 2.030 y 45.100 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como el Código de Seguros de Puerto Rico, así como las disposiciones de la Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada, conocida como la Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme.

ARTÍCULO 2. PROPÓSITO

Se adopta esta Regla con el propósito de establecer las normas para implantar las disposiciones relacionadas con el requisito de capital computado en función del riesgo ("RBC, por su expresión en inglés "Risk Based Capital"), incorporadas al Código de Seguros de Puerto Rico, mediante la aprobación del Capítulo 45. En específico, esta Regla establece el cumplimiento escalonado con dicho requisito y las normas para eximir a un asegurador u organización de servicios de salud de cumplir con las disposiciones de dicho Capítulo 45.

ARTÍCULO 3. ALCANCE

Esta Regla aplicará a todo asegurador del país y a las organizaciones de servicios de salud organizadas bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. También aplicará a los aseguradores extranjeros, según dispuesto por el Artículo 45.110 del Código de Seguros de Puerto Rico.

ARTÍCULO 4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Los siguientes términos tendrán el significado que aquí se expresa, salvo que del texto de algún Artículo de esta Regla se desprenda claramente un significado distinto.

(1) "Capital Ajustado" - significa la suma de:

(a) El capital y sobrante del asegurador u organización de servicios de salud determinados mediante los métodos contables aplicables a los estados financieros anuales que se preparan de conformidad con los Artículos 3.310 y 19.090 del Código; y

(b) Todo otro renglón, si alguno, que así se disponga en las *Instrucciones sobre Capital Computado en Función del Riesgo*.

(2) "Comisionado" - significa el Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

(3) "Código" - significa la Ley Núm. 77 del 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como Código de Seguros de Puerto Rico.

(4) "Evento Tipo 1" - se refiere a un evento de nivel de acción por el asegurador según descritos en el Artículo 45.040 del Código.

- (5) "Evento Tipo 2"- se refiere a un evento de nivel de acción por el regulador según descritos en el Artículo 45.050 del Código.
- (6) "Evento Tipo 3"- se refiere a un evento de nivel de control autorizado según descritos en el Artículo 45.060 del Código.
- (7) "Evento Tipo 4"- se refiere a un evento de nivel de control obligatorio según descritos en el Artículo 45.070 del Código.
- (8) "Informe de RBC" - significa el informe requerido por el Artículo 45.030 del Código.
- (9) "Informe Revisado de RBC" o "Informe Revisado" - significa un Informe de RBC que ha sido modificado por el Comisionado a tenor con el Artículo 45.030(2) del Código.
- (10) "Instrucciones de RBC" - significa el Informe de RBC adoptado por la NAIC que incluye las instrucciones, según fueren enmendados por la NAIC conforme a los procedimientos de dicha asociación.
- (11) "NAIC" - significa la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros por sus siglas en inglés.
- (12) "Nivel de Control Autorizado" o "NCA" - significa la cifra que se determina usando la fórmula de capital computado en función del riesgo conforme a las instrucciones sobre capital computado en función del riesgo.
- (13) "Nivel de RBC" - significa el Nivel de RBC del asegurador u organización de servicios de salud que pudiera requerir alguna de las medidas dispuestas por los Artículos 45.040, 45.050, 45.060 y 45.070 del Código.
- (14) "Orden Correctiva" - significa una orden emitida por el Comisionado contra un asegurador u organización de servicios de salud, en la cual se especifican las acciones correctivas que dicho funcionario haya determinado como necesarias para cumplir con los requisitos del Capítulo 45 del Código y de esta Regla.
- (15) "Plan de RBC" - significa un plan financiero exhaustivo que contenga todos los elementos especificados en el Artículo 45.040(2) del Código.
- (16) "Plan Revisado de RBC" - significa un Plan de RBC presentado por el asegurador, según requerido por el Comisionado. Dicho plan se podrá denominar además como "Plan Revisado de Capital Computado en Función del Riesgo" o "Plan Revisado".
- (17) "RBC" - significa el capital computado en función de riesgo por las siglas en inglés que corresponden a "Risk Based Capital".

ARTÍCULO 5. DISPOSICIÓN TRANSITORIA - CUMPLIMIENTO ESCALONADO CON EL REQUISITO DE RBC

(A) Aseguradores y organizaciones de servicios de salud cuyo nivel de RBC sea menor al Nivel de Control Autorizado (NCA).

1) A todo asegurador u organización de servicios de salud que al momento de la adopción de esta Regla no alcance una cifra de RBC al menos igual a la definida por el Artículo 45.020(10)(c) del Código (Nivel de Control Autorizado o "NCA"), se le

concederá un periodo de transición de hasta tres (3) años para que alcance el mismo. Dicho periodo de transición comenzará a contar a partir de la vigencia de esta Regla. El nivel de cumplimiento se deberá ir alcanzando de la siguiente manera:

Al finalizar el primer año	al menos un 80% del NCA
Al finalizar el segundo año	al menos un 90% del NCA
Al finalizar el tercer año	al menos un 100% del NCA

2) Durante cada uno de dichos tres (3) años, el asegurador u organización de servicios de salud vendrá obligado a presentar el informe requerido por el Artículo 45.030 del Código. Sin embargo, no estará sujeto a un Evento Tipo 3 ni a un Evento Tipo 4, siempre que mantenga los porcentajes de NCA anteriormente establecidos.

3) En cualquier año en que el asegurador u organización de servicios de salud no alcance los niveles anteriormente señalados, estará sujeto a un Evento Tipo 3, siempre que el nivel de cumplimiento no sea inferior al 70% del NCA, en cuyo caso el asegurador u organización de servicios de salud estará sujeto a un Evento Tipo 4.

4) Una vez alcance por lo menos el NCA, el asegurador u organización de servicios de salud tendrá un término adicional de dos (2) años para alcanzar el Nivel de Acción por el Asegurador, esto es 200% del NCA.

(B) Aseguradores u organizaciones de servicios de salud cuyo nivel de RBC sea mayor que el NCA pero menor al Nivel de Acción por el Regulador (entre 100% del NCA y 150% del NCA).

1) Todo asegurador u organización de servicios de salud que al momento de la adopción de esta Regla iguale o supere el 100% del NCA, pero no alcance una cifra de RBC al menos igual a la definida por el Artículo 45.020(10)(b) (Nivel de Acción por el Regulador), esto es 150% del NCA, tendrá un periodo de transición de tres (3) años para alcanzar el mismo. El nivel de cumplimiento se deberá ir alcanzando de la siguiente forma:

Al finalizar el primer año	al menos un 115% del NCA
Al finalizar el segundo año	al menos un 130% del NCA
Al finalizar el tercer año	al menos un 150% del NCA

2) Durante cada uno de dichos tres (3) años el asegurador u organización de servicios de salud vendrá obligado a presentar el informe requerido por el Artículo 45.030 del Código. Sin embargo, no estará sujeto a un Evento Tipo 2, según dispuesto por el Artículo 45.050 del Código, siempre que mantenga los niveles de NCA aquí prescritos.

3) Una vez el asegurador alcance por lo menos el Nivel de Acción por el Regulador, esto es 150% del NCA, el asegurador u organización de servicios de salud tendrá un término adicional de dos (2) años para alcanzar el Nivel de Acción por el Asegurador, o lo que es lo mismo, 200% del NCA.

4) En cualquier año que el asegurador u organización de servicios de salud no cumpla con el nivel de cumplimiento escalonado aquí establecido estará sujeto a un Evento Tipo 2, excepto que si al momento del incumplimiento tiene menos de 100% de cumplimiento con el NCA, en cuyo caso estará sujeto a un Evento Tipo 3 o Tipo 4, según sea su insuficiencia en cuanto a nivel de cumplimiento.

(C) Asegurador y organizaciones de servicios de salud cuyo nivel de RBC sea mayor al Nivel de Acción por el Regulador, pero menor que el Nivel de Acción por el Asegurador (entre 150% del NCA y 200% del NCA).

1) Todo asegurador, excepto aseguradores de vida, y toda organización de servicios de salud que al momento de adoptarse esta Regla no alcance por lo menos el Nivel de Acción por el Asegurador, esto es 200% del NCA, pero que iguale o supere el Nivel de Acción por el Regulador, tendrá un periodo de transición de cinco (5) años para alcanzar el mismo.

2) Todo asegurador de vida que al momento de adoptarse esta Regla no cumpla por lo menos con el Nivel de Acción por el Asegurador, esto es, 250% del NCA tendrá un periodo de transición de cinco (5) años para alcanzar el mismo. El nivel de cumplimiento se deberá ir alcanzando de la siguiente manera:

Al finalizar el primer año	al menos un 165% del NCA
Al finalizar el segundo año	al menos un 180% del NCA
Al finalizar el tercer año	al menos un 200% del NCA
Al finalizar el cuarto año	al menos un 225% del NCA
Al finalizar el quinto año	al menos un 250% del NCA

3) Durante cada uno de estos cinco (5) años el asegurador u organización de servicios de salud vendrá obligado a presentar el informe requerido por el Artículo 45.030 del Código. Sin embargo, no estará sujeto a un Evento Tipo 1, según dispone el Artículo 45.040 del Código.

4) En cualquier año que el asegurador de vida no cumpla con el nivel de cumplimiento escalonado, según aquí establecido, estará sujeto a un Evento Tipo 1, excepto que si al momento del incumplimiento tiene menos del 150% de cumplimiento del NCA, entonces estará sujeto a un Evento Tipo 2, a un Evento Tipo 3, o a un Evento Tipo 4, según sea su insuficiencia en el nivel de cumplimiento.

(D) Cualquier asegurador u organización de servicios de salud que al momento de aprobarse esta Regla mantenga un RBC mayor o igual que el Nivel de Acción por el Asegurador, esto es 200% del NCA, y que posteriormente reduzca su RBC a niveles que requieran acciones del tipo 1, 2, 3 o 4, estará sujeto al cumplimiento con las disposiciones aplicables al nivel de acción que corresponda.

ARTÍCULO 6. DISPOSICIÓN TRANSITORIA - CUMPLIMIENTO ESCALONADO CON EL REQUISITO DE RBC ALTERNO

Irrespectivo de las disposiciones del Artículo 5 de esta Regla, los aseguradores u organizaciones de servicios de salud podrán acogerse a las disposiciones de este Artículo como alternativa para cumplir de forma escalonada con las disposiciones del Capítulo 45, de la siguiente manera:

1) Los aseguradores y organizaciones de servicios de salud que, al 31 de diciembre de 2009, hayan reportado un volumen de Prima Neta Anual no mayor de \$500 millones podrán incrementar su Nivel de RBC a base de una tasa de crecimiento anual uniforme que permita superar el Nivel de Acción por el Regulador (150% del NCA) en un término de cinco (5) años, tomando como base los resultados del Informe Anual perteneciente al año 2009. Dichos aseguradores y organizaciones de servicios de

salud deberán cumplir con todas las disposiciones del Capítulo 45 del Código a partir del Informe Anual al 31 de diciembre de 2015.

2) Los aseguradores y organizaciones de servicios de salud con un volumen de Prima Neta Anual mayor de \$500 millones podrán incrementar su Nivel de RBC a base de una tasa de crecimiento anual uniforme que permita por lo menos alcanzar el Nivel de Acción por el Asegurador (200% del NCA) en un término de cinco (5) años, tomando como base los resultados del Informe Anual perteneciente al año 2009. Dichos aseguradores y organizaciones de servicios de salud deberán cumplir con todas las disposiciones del Capítulo 45 del Código a partir del Informe Anual al 31 de diciembre de 2015.

ARTÍCULO 7. RESTRICCIONES AL PAGO DE DIVIDENDOS

Todo asegurador u organización de servicios de salud que se acoja a las disposiciones de esta Regla, con el fin de beneficiarse del cumplimiento escalonado de los requisitos del Capítulo 45 del Código, no podrá distribuir dividendos durante el término que se disponga en esta Regla para el referido cumplimiento escalonado.

ARTÍCULO 8. ENTIDADES EXENTAS DEL CUMPLIMIENTO

Mediante solicitud escrita del asegurador u organización de servicios de salud, el Comisionado podrá conceder una exención, parcial o total, del cumplimiento con las disposiciones del Capítulo 45, siempre que en cualquier año calendario cumplan con los siguientes criterios:

- 1) Suscriban primas directas sólo en Puerto Rico.
- 2) Suscriban primas anuales directas menores de \$2,000,000.
- 3) No asuma en reaseguro más del cinco por ciento (5%) de sus primas directas suscritas.
- 4) En el caso de los aseguradores de incapacidad que suscriban planes de cuidado de salud y de las organizaciones de servicios de salud, que cubran menos de 2,000 vidas.

La solicitud de exención de cumplimiento deberá incluir evidencia demostrativa de que se cumple con los criterios aquí establecidos, deberá presentarse no más tarde del 20 de marzo del año siguiente para el cual se solicita dicha exención y tendrá vigencia de un (1) año.

El Comisionado podrá denegar la solicitud de exención si determinare que el cumplimiento con las disposiciones del Capítulo 45 del Código es necesario para el buen descargo de sus funciones y responsabilidades.

ARTÍCULO 9. AUTORIDAD DEL COMISIONADO DE SEGUROS

Nada de lo dispuesto en esta Regla tendrá el efecto de limitar o reducir la autoridad del Comisionado a intervenir, examinar, rehabilitar, liquidar o de alguna otra forma fiscalizar a un asegurador, organización de servicios de salud o cualquier otro regulado, según ejercía dicha autoridad antes de la incorporación del Capítulo 45 al Código.

ARTÍCULO 10. AUTORIDAD PARA EMITIR CARTAS NORMATIVAS

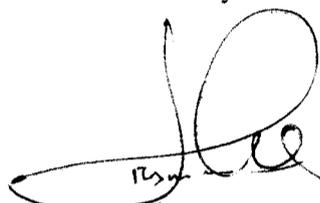
El Comisionado podrá, mediante carta normativa, promulgar formularios, informes y otras disposiciones necesarios para la adecuada implementación de este Regla, así como para aclarar las disposiciones reglamentarias aquí expuestas.

ARTÍCULO 11. DECLARACIÓN DE INCONSTITUCIONALIDAD O ILEGALIDAD

La declaración de inconstitucionalidad o ilegalidad, por un Tribunal competente, de cualquier parte de esta Regla no afectará la validez y constitucionalidad de las disposiciones restantes.

ARTÍCULO 12. VIGENCIA

Las disposiciones de esta Regla entrarán en vigor treinta (30) días después de su presentación en el Departamento de Estado de Puerto Rico, de acuerdo con las disposiciones de la Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada, conocida como la Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme.



RAMÓN L. CRUZ COLÓN
COMISIONADO DE SEGUROS

Fecha de Aprobación: 4 DE ENERO DE 2010